

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

Fibromialgia

(Fibromyalgia)

Z Kopański^{1,2,A,D}, Z Maslyk^{3,B,E}, I Sklyarov^{4,C,F}

1. Collegium Masoviense - College of Health Sciences
2. The Faculty of Health Sciences; Jagiellonian University Medical College
3. Scientific and Research Institute of Haematology and Blood Transfusion, Kiev, Ukraine
4. Department of Therapy and Medical Diagnosis, Faculty of Postgraduate Education, Lviv National Medical University, Ukraine

Abstract—The authors discussed selected issues related to epidemiology, pathogenesis, diagnostics and fibromyalgia therapy. In particular, attention was paid to diagnostic mistakes made and therapeutic difficulties.

Key words — fibromyalgia, epidemiology, pathogenesis, diagnostics, treatment.

Streszczenie— Autorzy omówili wybrane zagadnienia z epidemiologii, patogenezy, diagnostyki i terapii fibromialgii. Szczególną uwagę zwrócili na błędy popełnianie przy rozpoznaniu choroby oraz trudności terapeutyczne.

Słowa kluczowe — fibromialgia, epidemiologia, patogeneza diagnostyka, leczenie.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 10.12.2013.

WYBRANE ZAGADNIENIA W EPIDEMIOLOGII I PATOGENEZY

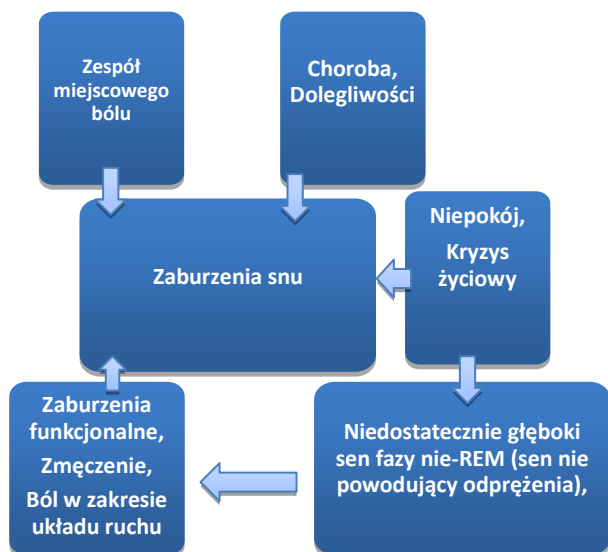
Fibromialgia, nazywana też idiopatycznym rozlanym zespołem bólowym lub zaburzeniami snu uniemożliwiającymi regenerację jest schorzeniem względnie często rozpoznawanym (tabela 1.).

Tabela 1. Częstość występowania fibromialgii [1-3]

	Częstość (%)
Przychodnie reumatologiczne	20
Przychodnie medycyny wewnętrznej	6
Praktyki lekarzy rodzinnych	2
Ogółem wśród hospitalizowanych w Wielkiej Brytanii	5
Ogółem w populacji polskiej	4

Choroba występuje przede wszystkim u kobiet (około 90%) i dotyczy głównie wieku dorosłego, najczęściej chorują na nią ludzie powyżej 4, 5 dekad życia (wyjątkowo rzadko jest rozpoznawana u dzieci). Do chwili obecnej nie wykazano związku pomiędzy rozwojem choroby a rasami, grupami etnicznymi lub grupami społecznymi [1,4,5].

Etiologia choroby jest nieznana. W patogenezie jej rozwoju bierze się pod uwagę predyspozycje genetyczne, zaburzenia snu, nieprawidłowe stężenie serotoniny, somatomedyny C, prostaglandyny E₂, oraz zaburzenia osi podwzgórzowo – przysadkowo - nadnerczowej (rycina 1) [6,7].



Rycina 1. Prawdopodobny mechanizm powstawania i utrzymywania się objawów fibromialgii [1,7]

Za istnieniem związku pomiędzy rozwojem choroby z zaburzeniami snu przemawia [8]:

- Zwiększona częstość występowania snu nieregulacyjnego.
- Elektroencefalograficzne cechy spłycenia fazy snu głębokiego z obecnością fal wtrąconych (wtrącenia a-d).
- Występowanie objawów fibromialgii i punktów wzmożonej bolesności u ludzi zdrowych wybiórczo pozbawionych fazy nie – REM.

Przewlekłe utrzymywanie się fazy nieregenerującej snu „ f 8 ” uważane jest za jedną z możliwych przyczyn fibromialgii [9,10].

Niedobór serotoniny (lub jej prekursora; tryptofanu) albo inne zaburzenia neuroendokrynne brane są pod uwagę jako mechanizmy mogące wyjaśnić zarówno zaburzenia snu, jak i występowanie bólów w przebiegu fibromialgii. Nie wiadomo jednak czy zaburzenia te są przyczyną czy skutkiem choroby [1,11].

Podejrzewa się również możliwość udziału czynnika infekcyjnego w rozwoju fibromialgii. Brak jest jednak dowodów na etiologię wirusową tej choroby.

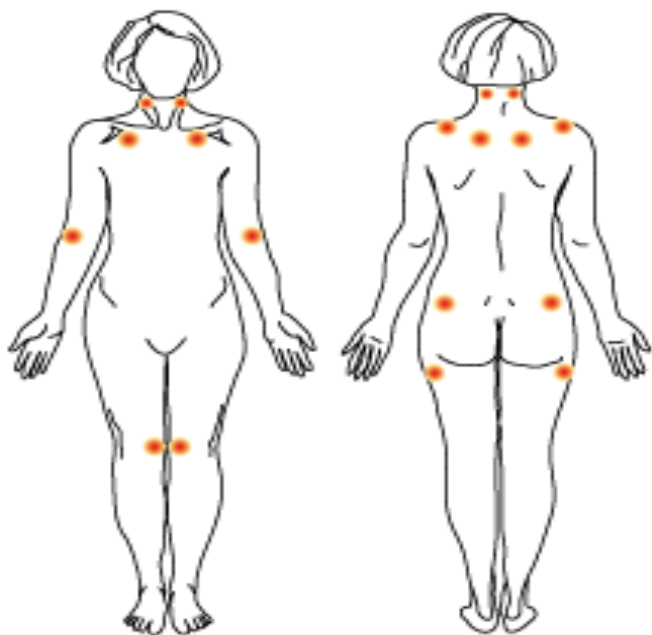
Zaburzenia afektywne są częste w fibromialgii, choć trudno rozstrzygnąć czy mają charakter pierwotny czy wtórny [12]. Objawy choroby mogą być różnorodne (tabela 2).

Tabela 2. Podstawowe objawy fibromialgii [1,13,14]

Podstawowe objawy fibromialgii	Komentarz
	<ul style="list-style-type: none"> • Dominuje ból zlokalizowany w osi ciała (kark, grzbiet), ale może także dotyczyć innych okolic, • Często nasila się pod wpływem stresu, zimna i wysiłku • Często towarzyszy mu uogólniona sztywność poranna • Często z subiektywnym uczuciem obrzęku kończyn • Czuć opatrne w zakresie rąk i stóp
Męczliwość	<ul style="list-style-type: none"> • Często o wybitnym nasileniu, występująca po niewielkim wysiłku
Sen nie dający uczucia odprężenia	<ul style="list-style-type: none"> • Uczucie zmęczenia po przebudzeniu • Upośledzenie koncentracji i zdolności zapamiętywania • Upośledzenie aktywności, drażliwości, płaczliwość
Ból głowy	<ul style="list-style-type: none"> • Okolice potylicy i czoła obustronnie
Rozlany ból brzucha i zaburzenia perystaltyki jelit	
Częstomocz	<ul style="list-style-type: none"> • Nagle występujący (w dzień i w nocy)
Zaburzenia miesiączkowania	

Zwykle dominuje jednak ból i męczliwość, co wyzwała niezdolność do pracy i ograniczenia wydolności. Ból ma najczęściej charakter osiowy i rozlany, może jednak niekiedy być odczuwany przez chorego w dowolnym miejscu ciała (charakterystyczny jest brak skuteczności leków przeciwbólowych, niesterydowych leków przeciwzapalnych i miejscowej fizykoterapii, a nawet występowanie pogorszenia po ich stosowaniu) [1,8,15].

Chorzy często skarżą się na zaburzenia snu z wydłużeniem fazy latencji i częstym wybudzaniem się. Typowym jest, że chorzy budzą się wyczerpani. Częstość są również bóle głowy, częstomocz i nocne oddawanie moczu (zespół zaburzeń dotyczących cewki moczowej u kobiet) oraz objawy ze strony przewodu pokarmowego (zespół jelita drażliwego). U większości chorych występują także nasilone objawy niepokoju oraz depresji [1,8,9]. Głównymi dolegliwościami jest bolesność w 11 z 18 typowych punktów (rycina 2).



Rycina 2. Umieszczenie typowych bolesnych punktów w fibromialgii ustalonych przez Amerykańskie Kolegium Reumatologiczne [16]

Objaśnienia:

(9 symetrycznych par punktów) pod wpływem ucisku opuszką kciuka lub palca wskazującego. Lokalizacja proponowanych przez ACR *tender points* przedstawia się następująco:

- potylicy - przyczepy ścięgien w okolicy potylicznej
- dolny odcinek szyi - przestrzeń między wyrostkami poprzecznymi na odcinku C5-C7;
- trapezius - punkt położony na górnym brzegu mięśnia czworobocznego pośrodku między barkiem i szyją;
- supraspinatus - punkt leżący pośrodku nad grzbietem łopatki;
- II żebro - na górnym brzegu, nieco bocznie od połączenia chrzęstno-kostnego;
- nadkłykieć boczny - 2 cm dystalnie do nadkłyka bocznego kości ramiennej;
- okolica pośladkowa - fałd mięśniowy w obrębie górnego, zewnętrznego kwadrantu pośladka;
- krętarz większy - punkt położony za wyniosłością krętarzową;
- kolano - okolica przyśrodkowa kolana proksymalnie w stosunku do szpary stawowej.

Nadwrażliwość na ból jest zwykle spowodowana zmianami okołostawowymi lub jest wyrazem bolesności uciskowej rzutowanej ze struktur osiowych [1,15]. W maju 2010 roku ACR opublikował w *Arthritis Care & Research* zestaw nowych kryteriów diagnostycz-

nych, które proponuje dla fibromialgii [17]. Nowe kryteria będą w dalszym ciągu wymagały obecności pierwszej części starych kryteriów tj. historii uogólnionego bólu we wszystkich czterech kwadrantach ciała trwającego przez minimum trzy miesiące - ale została zastąpiona druga część, badanie punktów tkliwych, przez:

- Ocena indeksu rozszianych bólów określana jest przez zliczenie liczby obszarów ciała, w których chory odczuwał ból w ciągu ostatniego tygodnia. Lista obejmuje 18 obszarów wyszczególnionych powyżej (*tender points*).
- Punktacja nasilenia objawów określana jest przez ocenę nasilenia trzech ogólnych objawów w skali od zera do trzech, przy czym trzy jest najbardziej dokuczliwym nasileniem. Objawy te obejmują: przewlekłe zmęczenie, budzenie się zmęczonym i objawy/zaburzenia poznawcze. Dodatkowe trzy punkty są dodawane za współistnienie dodatkowych objawów, takich jak drętwienia, zawroty głowy, nudności, zespół jelita drażliwego, depresja. Ostateczny wynik jest pomiędzy 0 i 12.

Aby spełnić kryteria rozpoznania fibromialgii chory powinien mieć:

- Siedem lub więcej obszarów bólu i punktacja nasilenia objawów pięć lub większa, lub
- Trzy do sześciu obszarów bólu i punktacja nasilenia objawów dziewięć lub więcej

LECZENIE I ROKOWANIE

Przy leczeniu fibromialgii przyjmuje się następującą strategię postępowania:

Uświadomienie chorego

Najważniejszym jest udzielenie choremu wyjaśnień w sposób możliwie przystępny. Wyjaśnienia, że przyczyną jego dolegliwości jest upośledzenie snu i pogorszenie sprawności, są na ogół chętnie przyjmowane i akceptowane przez chorych.

Ważnym jest rozwianie wątpliwości chorego, że objawy u niego występujące nie są wyrazem poważnej patologii (nie można jednak lekceważyć tych objawów, pamiętając np. że bóle głowy mogą być następstwem rozwoju guza mózgu, czy zapalenia opon mózgowych). Niektóre objawy fibromialgii pierwotnej są zbliżone do obrazu klinicznego m.in. takich chorób

jak: niedoczynność tarczycy, toczeń rumieniowaty układowy).

Istotnym jest skłonienie chorego do uzyskania dobrej ogólnej sprawności fizycznej m.in. poprzez regularne ćwiczenia fizyczne.

Uświadomienie rodziny

Częste u chorych są „teatralne” lub innego typu patologiczne zachowania, na co trzeba zwrócić uwagę rodziny, głównie w celu ich eliminacji.

Unikanie niepotrzebnych badań i leczenia

Używanie środków korygujących zaburzenia snu, poprawę sprawności fizycznej

Wiele badań [4,6,9,14] potwierdza skuteczność niskich dawek aminotryptyliny lub doselepiny (25 – 75 mg na noc). Stosuje się tu dawki aminotryptyliny niższe niż w depresji. Jej skuteczność może być spowodowana normalizacją snu poprzez wpływ na ośrodek snu lub blokowanie bólu na poziomie rdzenia kręgowego.

Rokowanie w fibromialgii jest złe. Składa się na to fakt, że obecnie prowadzone u tych chorych leczenie, ma głównie charakter leczenia objawowego. Przyjmuje się, że mniej więcej 1 na 10 hospitalizowanych i leczonych według obowiązujący współcześnie schematów terapeutycznych chorych, po 5 latach nie zgłasza dolegliwości. Główną przyczynę tak ograniczonej skuteczności leczenia upatruje się w nieznanym patomechanizmach wyzwalających fibromialgię [6,15,16].

7. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol Suppl* 2005;75:6-21.
8. Davson H. Textbook of general physiology. New York; Churchill 2013.
9. Hansonn HA. Physiology in Health and Disease. Philadelphia; Saunders 2012.
10. Bloch RS, Gartner S. Physiologische Chemie. Stuttgart; Aufl. Enke 2011.
11. Tander B, Gunes S, Boke O, Alayli G, Kara N, et al. Polymorphisms of the serotonin-2A receptor and catechol-O-methyltransferase genes: a study on fibromyalgia susceptibility. *Rheumatol Int* 2008; 28(7): 685-91.
12. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed* 2007; 76:184-87.
13. Carvalho LS, Correa h, Silva GC, Campos FS, Baiao FR, Ribeiro LS, Faria Am, dAvila Reis D. Maygenetic factors in fibromyalgia help to identify patients with differentially altered frequencies of immune cells? *Clin Exp immunol* 2008;154(3):346-52.
14. Mease PJ, Clauw DJ, Gendreau RM, Rao SG, Kranzler J, Chen W, Palmer Rh. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia, a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol* 2009; 36(2):398-409.
15. Lawson K. Pharmacological treatments of fibromyalgia: Do complex conditions need complex therapies? *Drug Discov Tod* 2008; 13(7/8):333-40.
16. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharle MA, Goldenberg DL, Katz RS, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res* 2010; Vol. 62, No. 5, May: 600-10.
17. Wolfe K, Smythe HA, Yunus MB, Bennett KM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

PIŚMIENNICTWO

1. Doherty M, Jones A. Fibromyalgia. *BMJ* 1996; 2:67 – 70.
2. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Caliz-Caliz R, Rodriguez-Calvo I, Garcia-Sanchez A, Ferrer-Gonzalez MA, Guzman-Ubeda M, Del Rio-Lozano M, Lopez-Chicheri Garcia I. Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women. *Clin rheumatol* 2009; Mar 10: 25-34.
3. Yunus MB, Celiker R, Aldag JC. Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *J Rheumatol* 2004; 31: 2464–67.
4. Cethebras P., Lauwers A. Should we make the diagnosis of fibromyalgia? *Rev Prat* 2009; Jan 20, 59(1):25-31.
5. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubere JP, André E, Taieb C.: Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Joint Bone Spine* 2009; 76: 184–187.
6. Fitzcharles MA, Boulos P. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology (Oxford)* 2003 ; 42: 263–67.